

SOLICITUD DE CAMBIO DE CITA

Motivo de su Solicitud (Por favor seleccione todos los pertinentes a su caso):

_____ **Tratamiento Medico:**

Adjunte una carta de su medico en Honduras en la cual mencione que el tratamiento no es posible hacerlo acá en Honduras, una carta del medico u hospital en los Estados Unidos, en la cual mencione fecha de su cita y el costo del tratamiento. Incluya evidencia de su capacidad económica para costear el tratamiento.

_____ **Negocios** (*adjunte copia de la invitación*).

_____ **Funeral/Familiar Enfermo** (*adjunte carta del hospital o de la funeraria*).

_____ **Para unificar fechas de citas de otros miembros de la familia**

_____ **Para posponer la cita**

_____ **Otros (mencione):** _____

Información del Solicitante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Dirección Electrónica: _____

Fecha de la cita (*adjunte fotocopia del recibo del Banco*): _____

Fecha del compromiso en U.S.A.: _____

**Envíe esta pagina con los documentos requeridos para cada caso al Fax (504) 237-1792.
Por Favor no llame al Consulado. Nosotros le llamaremos únicamente si el cambio de su cita ha sido aprobado.**